

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL**

Vanessa Schumacher de Oliveira

**JUSTIÇA E SAÚDE: A QUESTÃO DE JUSTIÇA SUBJACENTE À
COPARTICIPAÇÃO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE NOVO HAMBURGO/RS**

**Porto Alegre
2019**

Vanessa Schumacher de Oliveira

**JUSTIÇA E SAÚDE: A QUESTÃO DE JUSTIÇA SUBJACENTE À
COPARTICIPAÇÃO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE NOVO HAMBURGO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador: Ariston Azevedo
Coorientadora: Cláucia Piccoli Faganello

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala

Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Schumacher de Oliveira, Vanessa

JUSTIÇA E SAÚDE: A QUESTÃO DE JUSTIÇA SUBJACENTE À COPARTICIPAÇÃO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE NOVO HAMBURGO/RS / Vanessa Schumacher de Oliveira. -- 2019.

53 f.

Orientador: Ariston Azevedo. Coorientadora: Cláucia Piccoli Faganello.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Justiça em saúde. 2. Equidade na coparticipação. 3. Assistência IPASEM-NH. I. Azevedo, Ariston, orient. II. Piccoli Faganello, Cláucia, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Vanessa Schumacher de Oliveira

**JUSTIÇA E SAÚDE: A QUESTÃO DE JUSTIÇA SUBJACENTE À
COPARTICIPAÇÃO DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA DOS
SERVIDORES MUNICIPAIS DE NOVO HAMBURGO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador: Ariston Azevedo

Coorientadora: Cláucia Piccoli Faganello

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me guiar e possibilitar ter chegado até aqui.

Agradeço aos meus familiares por todo o suporte emocional e apoio de sempre, por acreditarem em mim e nos meus sonhos.

Ao meu namorado, Felipe Soares, pelo carinho, compreensão e apoio para nunca desistir.

Aos professores pelos ensinamentos e disponibilidade.

Aos meus colegas pela parceria, em especial a Marsa e o Josué, pela ajuda, pelas palavras e pelo divertimento nos trabalhos feitos em grupo.

Ao meu orientador, Prof. Ariston, pela paciência, pelo auxílio e por ter me estimulado a caminhar pelas concepções de justiça.

Por fim, meus sinceros agradecimentos, a todos que participaram de alguma forma para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho apresenta o tema Justiça e Saúde e tem como objetivo geral compreender a concepção de justiça subjacente aos serviços de assistência à saúde, de modo a entender como tal concepção orienta a definição das faixas de coparticipação aplicadas aos beneficiários do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo (IPASEM-NH). Na verdade, procura-se abordar a justiça em saúde a partir na noção de justiça como equidade, visto que a equidade é caracterizada por vários autores como um fator essencial para a justiça social. Os objetivos específicos desta pesquisa são: contextualizar saúde e justiça; identificar a percepção de justiça implícita a coparticipação; verificar os principais critérios utilizados para cobrança de coparticipação; correlacionar a percepção de justiça entre os variados comprometerimentos do IPASEM-NH com seus segurados. Para tanto, foram realizados levantamentos de número de servidores, percentuais de contribuição e custos em cada faixa de coparticipação. Por meio de alguns dos resultados, indica-se que o Instituto tem uma preocupação quanto ao se empregar a justiça e equidade nos serviços de saúde, utilizando-se do critério de igualdade e no princípio da capacidade contributiva, fazendo valer-se a questão de ser um plano solidário.

Palavras-chave: Coparticipação. Saúde. Justiça. Equidade.

Justice and health: the issue of justice underlying the coparticipation of the institute of prevention and assistance of the municipal servers Novo Hamburgo/RS

ABSTRACT

This paper presents the theme Justice and Health and its general objective is to understand the concept of justice underlying health care services, in order to understand how this concept guides the definition of the participation ranges applied to the beneficiaries of the Institute of Social Security and Assistance Municipal Servers of Novo Hamburgo. In fact, it seeks to approach justice in health from the notion of justice as equity, since equity is characterized by many authors as an essential factor for social justice. The specific objectives of this research are: to contextualize health and justice; identify the perception of implicit justice as coparticipation; to verify the main criteria used for collection of co-participation; correlate the perception of justice among the various commitments of IPASEM-NH with its policyholders. For this purpose, surveys were carried out on the number of servers, percentage of contribution and costs in each co-participation band. Some of the results indicate that the Institute has a concern regarding the use of justice and equity in health services, using the equality criterion and the principle of contributory capacity, making use of the question of be a solidarity plan.

Keywords: Coparticipation. Health. Justice. Equity.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Custo efetivo IPASEM-NH	42
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Beneficiários saúde suplementar	18
Tabela 02: Quantitativo de Segurados.....	32
Tabela 03: Receita de contribuição assistência.....	36
Tabela 04: Quota de Assistência (patronal).....	36
Tabela 05: Faixas de assistência da nova proposta.....	37
Tabela 06: Valores de Contribuição sobre a folha conforme nova proposta de idade.....	38
Tabela 07: Percentuais de Coparticipação Segurados.....	39
Tabela 08: Valores pagos e recebidos de coparticipação.....	41
Tabela 09: Média de custo por família (grupo de matrícula).....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CQV	Centro de Qualidade de Vida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPASEM	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores Municipais de Novo Hamburgo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO TEÓRICA	14
2.1 Saúde: conceitos e definições	14
2.1.1 Saúde no Brasil.....	15
2.1.2 Assistência à saúde para servidores públicos.....	18
2.1.3 Coparticipação.....	19
2.2 Concepções de Justiça	21
2.2.1 Justiça em saúde.....	22
2.2.2 Equidade na assistência à saúde.....	24
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
4 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.1 A Autarquia- Histórico e legislação	32
4.2 Da Assistência à Saúde	33
4.3 Da Coparticipação.....	38
4.4 Análise dos Resultados da Pesquisa- Relacionados aos conceitos de equidade e justiça	44
5 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O tema de justiça em saúde já vem sendo estudado por alguns autores, principalmente para verificar como está se manifestando a aplicação de princípios relacionados a concepção de justiça na assistência à saúde que é fornecida à população pelo Estado. Para Ribeiro (2015), a justiça social relaciona-se, de alguma forma, à noção de igualdade na distribuição de bens na sociedade, sendo um deles a saúde, a qual requer a um conjunto de instituições, normalmente vinculadas ao Estado e que são responsáveis por essa distribuição.

Porém, estudos sobre a temática da coparticipação não são frequentes entre os assuntos pesquisados dentro do tema justiça e saúde. Existe até uma certa dificuldade de regulamentação da coparticipação por parte dos órgãos fiscalizadores e regulamentadores. Por não existir uma regulamentação tão criteriosa, os planos de saúde é que acabam definindo seus próprios critérios em relação a coparticipação que será cobrada do beneficiário.

Para Porto (1995), a universalidade e a equidade são os princípios norteadores dos sistemas de saúde, que têm alcançado maior nível de consenso, apesar de, muitas vezes ainda, a validade se restringir unicamente à definição formal de um direito, e na realidade ainda não se assegurar seu efetivo exercício e cumprimento dos princípios. Nesse sentido, este trabalho busca entender qual a concepção de justiça que se tem adotado ao determinar critérios para a incidência de coparticipação e contribuição para a assistência, haja vista a autonomia das operadoras para fixar suas próprias regras e a variedade de formas de coparticipação adotadas por elas, como cobrar um valor fixo ou um percentual sobre o atendimento, seja pelo critério idade, remuneração ou qualquer outro estabelecido no contrato. Em especial, buscar-se-á uma resposta à pergunta sobre como a justiça se faz presente na definição de coparticipação aplicada aos beneficiários que contribuem para o plano de assistência à saúde do Instituto de Previdência e Assistência dos servidores Municipais de Novo Hamburgo.

A Constituição Federal (CF/88), em seu Art. 6º, prevê a saúde como um direito social. A assistência à saúde está assegurada no rol da seguridade social, conforme o Art.194 da CF/88, devendo o Poder Público seguir os seguintes objetivos relativos à seguridade social:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Além do Estado garantir a assistência à saúde para a população em geral, o Poder Público, normalmente, possui para os seus servidores planos de assistência à saúde, como é o caso do estado do Rio Grande do Sul, que conta com o IPE- Saúde em benefício dos seus servidores. O IPASEM-NH segue esta mesma linha, assegurando a assistência à saúde dos servidores do município de Novo Hamburgo.

As ações ligadas à saúde dos servidores e seus dependentes contribuem para a preservação da vida, tornando-se uma alternativa favorável para a satisfação e motivação do servidor. Cada estado ou município pode implementar, de forma singular, seus incentivos à saúde, podendo variar também os percentuais de descontos de um município para outro, de coparticipação, de faixas etárias, etc. São possíveis diversas concepções de como propor esse benefício, sendo praticável utilizar-se de meios de justiça distintos para concepção da assistência à saúde.

Os estudos sobre como são desenvolvidos os programas de saúde pelas esferas públicas apresentam grande pertinência no momento, tendo em vista a situação a qual se encontra a assistência à saúde no país, uma das importantes áreas deficitárias no Brasil. O enfoque deste trabalho, porém, estará voltado não para a questão financeira, mas para a análise da concepção de justiça implícita nos serviços de saúde prestados pelo Poder Público Municipal aos seus servidores e dependentes.

A atenção primária aos setores básicos que são assegurados pela CF/88 apresenta-se fundamental na gestão de todas as esferas que devem trabalhar em conjunto para o bom funcionamento de estratégias propostas. Sendo assim, a criação de Programas por parte do Governo sempre se faz necessária como forma de intervenção para equalizar a assistência em áreas carentes.

O Estado deve adotar políticas públicas que induzam o desenvolvimento social e econômico, reduzam a desigualdade, eliminem os fatores que negativamente afetam a saúde da população, como a baixa renda, a falta de escolaridade, a pobreza, o desemprego, a fome, e outros fatores determinantes e condicionantes de uma má qualidade de vida que certamente influenciará nas condições de saúde da população, aumentando o risco de doenças. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 97).

Torna-se relevante uma reflexão do senso de justiça no que se relaciona à saúde da população, de maneira a conhecermos os elementos que acabam por influenciar os processos decisórios que determinam valor e forma de contrapartida por parte dos usuários dos serviços de saúde.

Os objetivos definidos do trabalho visam responder à pergunta que norteia a pesquisa: Qual a concepção de justiça utilizada para definição dos percentuais de coparticipação incidentes nos serviços de saúde que são oferecidos aos servidores do município de Novo Hamburgo?

O objetivo geral deste trabalho consiste em verificar como o IPASEM-NH vale-se de determinada concepção de justiça para estabelecer seus critérios de cobrança de coparticipação. Para que se consiga obter o desenvolvimento da pesquisa e responder ao objetivo geral, os objetivos específicos buscam compreender o que segue: contextualizar saúde e justiça; identificar a percepção de justiça implícita a coparticipação; verificar os principais critérios utilizados para cobrança de coparticipação; e correlacionar a percepção de justiça com os variados comprometimentos do IPASEM-NH com seus segurados.

2 REVISÃO TEÓRICA

Nesta parte do trabalho buscar-se-á abordar os principais conceitos necessários ao desenvolvimento do tema, em relação à saúde e justiça.

2.1 Saúde: conceitos e definições

Por meio da expansão do mercantilismo, o ser humano passou a chamar a atenção dos administradores, os quais eram vistos como potenciais elementos de produção. Assim, tendo em vista as péssimas condições de trabalho, surgiram as primeiras regulações sobre saúde nas fábricas (FONSECA, 2007). De acordo com Souza et al. (2008), pensar saúde dentro da lógica do complexo produtivo, pode vir a ser fundamental no desenvolvimento econômico, e de integração regional em função de sua importância econômica e tecnológica.

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir doenças e incapacidades, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental. Por meio de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente; o controle de infecções na comunidade; a educação dos indivíduos nos princípios da higiene pessoal; a organização de serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças; além do aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, 1920 apud LECHOPIER, 2015, p.209).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é definida não apenas como a ausência de doença, mas também, como uma situação de bem-estar físico, mental e social. Para Xavier e Araújo (2014), o termo saúde pode assumir algumas definições, entre elas, o bom funcionamento orgânico, a ausência de doenças e o completo bem-estar bio-psico-social. Contudo, os autores acreditam que a concepção de saúde é também um traço cultural, devendo-se levar em consideração aspectos sócio-contextuais e culturais.

Historicamente, a saúde passou por diversas reformulações em suas práticas sanitárias, pautadas pelas necessidades e problemas de saúde de cada período histórico (PAIM e ALVES FILHO, 1998). Ou seja, os conceitos de saúde vão se

atualizando ao longo dos anos, sendo que cada vez mais se preza pela caracterização de proteção à saúde de forma preventiva e não somente curativa. Porém, para Berridge (2000), mesmo após a definição do conceito de saúde pela OMS, ainda é muito forte a ideia curativista da saúde, uma vez que ainda hoje se desfruta do entendimento de que promoção da saúde é tratamento de uma doença.

Para Granja et al. (2010), alguns critérios devem ser priorizados nas ações em saúde, como os valores da sociedade, o volume e a composição do gasto em saúde, a disputa de poder entre as classes e a disputa entre a dimensão técnica e política. Acreditam ainda, na importância de se definir o formato de como se dará a questão de equidade em saúde, delineando as bases teóricas em que o princípio deverá se apoiar e fixar parâmetros para escolher os caminhos que a saúde pública irá percorrer em tempos de pluralismo ético, político e social.

2.1.1 Saúde no Brasil

Segundo SANTOS (2009), o acesso à saúde no Brasil até os anos de 1980 era limitado aos trabalhadores vinculados ao sistema previdenciário, com relação de trabalho formal e regular. Entendendo ser um direito de cidadania e um dever do Estado, os cidadãos brasileiros vão as ruas a partir de 1983 lutar pela ampliação ao acesso à saúde (LUZ, 1991).

Esses direitos passam a ser assegurados por meio da CF/88, que em seu Art. 196, define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os programas de saúde, pelos preceitos constitucionais, devem ser públicos e gratuitos, no entanto, a composição dos gastos com saúde evidencia que os recursos liberados, ainda são insuficientes para a promoção de saúde ideal. A CF/88 estabelece percentuais mínimos a serem investidos na saúde pública, os quais são regulamentados pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Esta dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece ainda os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e

as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Apesar da previsão legal, o Brasil investe pouco em saúde, existindo muitos problemas nos serviços disponibilizados, conforme OMS (2014), o Brasil possui um percentual de gastos públicos com saúde de apenas 6,8% do Produto Interno Bruto (PIB), mesmo o país tendo um sistema de saúde público universal, o gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público.

Para Macedo et al. (2018), foi a partir da CF/88 que se começou a pensar em políticas públicas de saúde realmente voltadas para a coletividade e prevenção de doenças. Diante disso e das regulamentações pela OMS, a saúde caminhou buscando-se identificar o Estado de Bem-Estar ou “welfare state”, no sentido de existir um Estado que proponha as intervenções no campo econômico e social por meio de políticas públicas de proteções sociais, objetivando equilibrar situações de riscos causadas pelas alterações do mercado que atingem a população.

Pereira (1998) afirma que a maioria da população brasileira depende da assistência à saúde fornecida pelo Estado, que carece de recursos e acaba por não atender aos princípios propostos. O autor acredita que na prática, a saúde no Brasil não é universal, não garante a equidade e sua descentralização é limitada. Na visão de Montañó (2003), a limitação de atuação do Estado, a filantropização e mercantilização dos serviços de saúde, faz nascer o cidadão integrado e consumidor do serviço de boa qualidade prestado pelas entidades privadas, e os cidadãos excluídos usuários e excluídos assistidos, dependentes do serviço público de duvidosa qualidade.

A CF/88 nos seus Art. 197 e 198, afirma ainda que o Poder Público será responsável pelas ações e serviços de saúde prestados à sociedade, devendo regulamentar, fiscalizar e controlar essas atividades, que serão financiadas por meio do orçamento da seguridade social da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Referindo-se a assistência à saúde no Brasil, é importante citar o Sistema Único de Saúde (SUS), que surgiu com a Reforma Sanitária ocorrida no final dos anos 1970 e durante os anos 1980. Tendo como marco a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, onde todos os setores da sociedade brasileira puderam participar das discussões sobre as políticas sociais (ALVES, 2009). Para Elias (2004), o SUS foi a mais globalizante política de saúde já

pensada no Brasil, e ocorreu em um momento adverso, dada a consolidação do setor privado na saúde e um Estado sitiado na relação Estado/sociedade.

Os serviços e atendimento do SUS ocorrem com base em princípios e diretrizes que são definidos pelo Ministério da Saúde¹ como: (i) Universalidade: a saúde é um direito de cidadania e deve ser assegurada pelo Estado, que deve garantir o acesso aos serviços a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; (ii) Equidade: tem como objetivo diminuir desigualdades. Pelo fato das pessoas não serem iguais e possuírem necessidades distintas, o princípio da equidade procura tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, diminuindo assim as desigualdades existentes; (iii) Integralidade: considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, busca atuar na promoção da saúde, na prevenção de doenças, no tratamento e na reabilitação. Além disso, o referido princípio preza pela articulação de políticas públicas entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O Ministério da Saúde elenca ainda princípios organizativos que devem ser geridos pelo SUS, como: (a) regionalização e hierarquização: orientando que os serviços sejam organizados em níveis crescentes de complexidade, conforme a área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e conhecimento da população a ser atendida; (b) descentralização e comando único: distribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, na qual cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, objetivando prestar serviços de qualidade e garantir o controle e a fiscalização cidadã; (c) participação popular: a sociedade deve participar cotidianamente do funcionamento do sistema, devendo-se criar Conselhos e Conferências de Saúde, que visem formular estratégias para averiguação da adequada execução da política de saúde.

Apesar da existência do SUS, de acordo com dados de janeiro de 2019 disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS)², a saúde suplementar atende a aproximadamente um quarto da população brasileira, sendo 47,4 milhões

¹ Dados foram extraídos do site oficial do Ministério da Saúde – <http://portalmms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>.

² Dados foram extraídos do site oficial da Agência Nacional de saúde – <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4895-dia-mundial-do-consumidor>.

de usuários de planos de assistência médica e 24,3 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, conforme Tabela 01:

Tabela 01- Beneficiários saúde suplementar

Faixa Etária (5 anos)	Beneficiários (Assistência Médica)	Beneficiários (Odontológicos)
Até 1 ano	660.964	115.910
01 a 4 anos	2.833.771	791.256
05 a 9 anos	3.128.802	1.369.890
10 a 14 anos	2.680.641	1.390.882
15 a 19 anos	2.574.402	1.444.125
20 a 24 anos	3.211.359	2.040.160
25 a 29 anos	3.879.417	2.573.588
30 a 34 anos	4.728.420	3.055.609
35 a 39 anos	4.936.333	3.084.189
40 a 44 anos	3.911.184	2.390.321
45 a 49 anos	3.111.330	1.837.689
50 a 54 anos	2.797.725	1.475.783
55 a 59 anos	2.399.439	1.067.033
60 a 64 anos	1.916.859	697.951
65 a 69 anos	1.510.123	426.644
70 a 74 anos	1.116.588	242.355
75 a 79 anos	813.613	139.663
80 ou mais	1.155.667	153.299
Inconsistente	564	436
TOTAL	47.367.201	24.296.783

Fonte: ANS (2019)

2.1.2 Assistência à saúde para servidores públicos

Silva e Tagliapietra (2010) acreditam que a melhoria das condições de vida e saúde tem sido um tema de crescente importância, impactando indireta ou diretamente na produtividade das pessoas e nos resultados obtidos pelas organizações. Afirmam que ter saúde é essencial para que se tenha qualidade de vida. Para eles, os estudos com foco no segmento do servidor público ainda são insuficientes, quando comparados aos estudos realizados com os demais trabalhadores que contribuem para a geração de riqueza no país. Sendo fundamental que muitas questões relacionadas a saúde do servidor público, avancem em muitos sentidos, como a preservação da saúde, respeito aos limites,

valorização do trabalho desenvolvido, observação das manifestações de seus organismos e reivindicações sobre o tema saúde.

Para Brasil (2005), o servidor público foi excluído de proteção no seu ambiente de trabalho, no qual não se avaliam as condições trabalhistas a qual estão submetidos, sempre com a desculpa de que o servidor não terá perda de salário, caso precise ser afastado, pois o Estado continuará pagando sua remuneração. Promovendo-se o definhamento da estrutura destinada a cuidar da manutenção da saúde do servidor e provocando um histórico de saúde de doença mais insidioso do que o existente no Regime Geral de Previdência. Para ele, todos os atores envolvidos no contexto de saúde e doença dos servidores públicos são atingidos com a não implantação da saúde do trabalhador do serviço público, sendo um preço a ser pago por todos: servidor, governo e sociedade.

Segundo Fortes (2010), quando citamos o termo da assistência à saúde, é possível lembrar que, em um país de orientação fundamentalmente liberal, como os Estados Unidos da América, se reconhece o critério do merecimento no caso dos veteranos de guerra, que possuem sistemas de assistência à saúde, organizados e financiados pelo poder público. Devido à compreensão do mérito que tiveram ao lutar em tempo de guerra, seja por terem sido recrutados compulsoriamente ou voluntariamente pelo Estado para dar sua vida em prol da coletividade.

2.1.3 Coparticipação

Define-se como coparticipação a participação em conjunto, a ação de participar conjuntamente de algo (COPARTICIPAÇÃO, 2019). Conforme a ANS, a coparticipação é o valor pago pelo consumidor à operadora em razão da realização de um procedimento ou evento em saúde.

A ANS criou a Resolução Normativa (RN) nº 433/2018, a qual tratava especialmente sobre regras relativas a Mecanismos Financeiros de Regulação, como a coparticipação e franquias nos contratos de plano de saúde. Porém a resolução acabou sendo suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que alegou que a RN seria uma inovação a ordem jurídica, a qual a entidade não poderia propor, assim a RN acabou sendo revogada pela própria ANS, para que novas discussões sobre o tema fossem realizadas.

A RN nº 433/2018, em seu Art. 9º, antes de ser revogada, dispunha sobre as hipóteses contratualmente previstas de cobrança de coparticipação, que poderiam aplicar-se das seguintes formas: (i) Percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora ao prestador de serviços em saúde; (ii) Percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e (iii) Valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a título de coparticipação.

Além disso, a referida resolução (nº 433/2018) ainda previa valores máximos que poderiam ser pagos pelos beneficiários em razão da incidência de coparticipação, dispondo sobre o limite anual (cujo valor máximo a ser pago pelo beneficiário no período de um ano, não poderia ser superior a 12 mensalidades); e sobre o limite mensal (cujo valor máximo a ser pago pelo beneficiário a cada mês, não poderia ser superior ao valor de sua própria mensalidade).

Já nas hipóteses de cobrança de coparticipação através da incidência de percentual sobre o valor do procedimento, o máximo a ser cobrado do beneficiário não poderia ultrapassar 40% do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora ao prestador de serviços ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidiria a coparticipação. Não se aplicando o limite a planos de segmentação odontológica, sendo proibido o uso de percentual diferenciado de coparticipação em razão de doença ou patologia.

O que existe regulamentado e vigente sobre coparticipação, atualmente, está na Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 08 de 03 de novembro de 1998 e o que se estabelece no contrato entre o beneficiário e o prestador de serviço. A referida resolução estabelece, em seu Art. 3º, inciso II, que a coparticipação é a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento. E no seu Art. 2º, inciso VII, traz a vedação no estabelecimento de coparticipação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário, ou fator restritor severo ao acesso aos serviços.

Na Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, a coparticipação também é tratada de forma branda. Uma das exigências encontradas na referida Lei, é a obrigatoriedade de constar informações claras de coparticipação no contrato de prestação de serviços, conforme dispõe seu Art.16, inciso VIII: nos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos devem constar dispositivos que indiquem com clareza a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica.

2.2 Concepções de Justiça

Cada pessoa possui seu próprio senso de justiça. Além disso, a sociedade, cada vez mais, se solidariza, conscientiza e busca por justiça nos mais diversos assuntos sociais. Para Domingos (2007), o conceito de justiça relaciona-se diretamente a filosofia e, conseqüentemente, aos estudos na Grécia Antiga, realizados principalmente por Platão e Aristóteles, sendo este o responsável por definir a justiça como virtude, formulando a teoria de justiça associada ao princípio de igualdade e fragmentando a justiça em duas modalidades: justiça distributiva e justiça corretiva. Conforme Brych (2007) na concepção aristotélica, a justiça é a lei, de tal forma que, quem segue a lei, está praticando a justiça, ou seja, o homem sem a lei seria injusto.

Segundo Stacciarini (2007), enquanto a justiça distributiva atua no âmbito do direito público, a justiça corretiva representa o direito privado, esta última buscando restabelecer a desigualdade provocada pela perda e igualar ao ganho, com o objetivo de moderar a distância entre as partes opostas ou desiguais.

A Justiça distributiva traz mais o conceito de meritocracia. Para Sampaio et al. (2009), a justiça distributiva se relaciona à maneira como as pessoas avaliam as distribuições de bens positivos (renda, liberdade, cargos políticos) ou negativos (punições, sanções, penalidades) na sociedade, na qual os envolvidos estão preocupados em avaliar em que medida a distribuição favoreceu ou prejudicou os indivíduos, utilizando-se parâmetros ou princípios para determinar um método que seja mais ou menos justo aplicar no contexto da distribuição.

Deutsch (1975) defende a existência de pelo menos três princípios distributivos (igualdade, necessidade e equidade), propondo que são usados de modos diferentes, a depender do contexto distributivo. Afirma que a equidade é apenas um dos muitos valores que podem estar determinados em um sistema de justiça. Neste sentido, são as condições que determinam quais valores serão empregados como base da justiça distributiva e que levam um grupo a enfatizar um em vez de outro valor.

2.2.1 Justiça em saúde

Daniels (2011) afirma que as pessoas aprenderam a acreditar que suas próprias chances de vida e morte são determinadas de acordo com a classe social de cada indivíduo, ou seja, quanto melhor sua situação econômica e educacional, mais longa e saudável será sua vida. Na visão dele, de fato existem evidências recentes que sugerem que quanto mais profunda a desigualdade econômica de uma sociedade, maior é o nível de desigualdade em saúde. Ou seja, os grupos de renda mediana em uma sociedade desigual terão piores condições de saúde do que grupos semelhantes, em uma sociedade com maior índice de igualdade.

Ao diferenciar os comportamentos de cuidados de saúde de adolescentes, adultos e idosos, encontram-se algumas peculiaridades que são dadas devido à etapa da vida em que cada indivíduo se encontra. Para os adolescentes, os cuidados com a saúde não são tão importantes, pois, normalmente, têm outros interesses nessa fase. Para os adultos, a saúde torna-se mais importante e evidente, já que começam a lidar com questões relacionadas a ela. E por fim, os idosos são os mais atingidos por doenças e agravos de saúde, podendo vir a se tornar um assunto emergente nesta etapa da vida (Pires e Mussi, 2008).

Uma interpretação para o princípio de justiça é tratar desigualmente os desiguais, de acordo com suas necessidades. O princípio da justiça é caracterizado pelo princípio da igualdade entre todas as pessoas, permitindo-se o tratamento diferenciado entre os indivíduos quando este é pautado em necessidades individuais, para que se seja capaz de alcançar o ideal da máxima igualdade possível, orientando-se de acordo com a ética de tratar cada pessoa, segundo suas necessidades (FORTES, 2010).

Para Xavier e Araújo (2014), a concepção de justiça não se faz tão presente nos serviços de saúde prestados, compreendendo a saúde como bem de consumo. Afirma que as características que se destacam nos modelos contemporâneos de assistência em saúde são a fragmentação da doença e do corpo humano, a valorização da medicina, dos medicamentos e das especialidades médicas, a centralidade do ambiente hospitalar e a assistência voltada para a doença em seus aspectos biológicos, o uso intensivo de tecnologia, a rigidez de papéis profissionais e uma lógica de trabalho que pode ser definida por interesses corporativos ou burocráticos.

A autora Whitehead (1991, apud Viana et al., 2003) contribui no entendimento das desigualdades em saúde na perspectiva de justiça, propondo que todas as pessoas devem ter oportunidades justas para que consigam desenvolver seu pleno potencial de saúde, ou seja, ninguém deve estar em desvantagem para alcançar o nível de saúde ideal. A autora elenca ainda, alguns critérios que classificam as desigualdades em saúde, diferenciando as injustas das não injustas. O que não define as desigualdades como injustas são as variações biológicas naturais, como as escolhas perigosas dos indivíduos ou vantagens temporárias de determinado grupo, ou seja, são aquelas que, normalmente, não dependem de intervenção ou por não resultam das diferenças de classe. Já o que define as desigualdades como injustas ocorrem quando os indivíduos têm pouca opção em relação ao modo de vida, como fatores socioeconômicos, condições de trabalho, exposição a fatores de risco, inapropriado acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos essenciais.

É importante que se conheçam as desigualdades sociais e desigualdades entre as pessoas para que se possa qualificar a assistência à saúde prestada aos usuários, sendo necessária a implementação de políticas justas e programas mais efetivos, que reconheçam as diferenças e deem respostas a problemas específicos, atuando para redução das desigualdades injustas.

Quanto à justiça social e à justiça voltada a assistência à saúde, é importante citar o princípio da capacidade contributiva, que conforme Paoliello (2003), é considerado um ditame moral, utilizado como preceito orientador do Direito Tributário Brasileiro moderno, que surgiu na Constituição de 1824 e permaneceu desde então, dada a sua importância para alcançar a igualdade entre os

contribuintes, tratando-se de um desdobramento do Princípio da Igualdade, ligado a equidade, na busca de uma sociedade mais igualitária, menos injusta, impondo uma forma de contribuição mais pesada sobre aqueles que têm mais riqueza. Logo, o princípio da capacidade contributiva é um critério de justiça que determina a aplicação de alíquotas graduadas segundo a capacidade econômica do contribuinte, critério de discriminação adotado para atingir a finalidade maior de igualdade ou de justiça.

Para Moraes (1997, apud Paoliello 2003), o princípio da capacidade contributiva é aquele que se origina do ideal de justiça, em que cada pessoa deve contribuir para as despesas da coletividade conforme a sua capacidade econômica, ou capacidade contributiva. Assim, para Paoliello (2003), mediante a aplicação do princípio da capacidade contributiva possibilita-se a existência de tratamento justo, em que o legislador deve considerar as diferenças dos cidadãos, tratando de forma desigual os desiguais e impondo o recolhimento de impostos considerando a capacidade contributiva de cada cidadão individualmente. A autora acredita ainda, que o tributo é justo desde que seja condizente à capacidade econômica da pessoa que irá arcar com seu pagamento, não bastando que o imposto seja legal, e sim legítimo a capacidade econômica de cada contribuinte.

2.2.2 Equidade na assistência à saúde

De acordo com Albrecht (2017), o conceito de equidade começou a ser discutido em 1986 pela OMS, e acabou sendo considerado como um dos oito pré-requisitos que contribuiria para se atingir a saúde para todos, aparecendo na Carta de Ottawa, que é resultante da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

A Carta de Ottawa (1986)³ descreve que alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, em que objetivam-se reduzir as desigualdades no estado de saúde da população e asseguram-se oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a atingir completamente seu potencial de saúde.

³ Documento que teve origem na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresentando nesta carta as intenções que contribuiriam para se atingir o objetivo de saúde para todos nos anos que se seguiriam.

Para que se promova a saúde, a carta prevê que são necessários a existência de ambientes favoráveis, acesso à informação, experiências, habilidades e oportunidades que permitam às pessoas fazerem escolhas por uma vida mais saudável. A referida carta, define ainda que a saúde é o maior meio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como valiosa medida da qualidade de vida.

Conforme definição do Ministério da Saúde⁴ a equidade é um dos princípios norteadores do sistema de saúde relacionando-se diretamente com os conceitos de igualdade e de justiça social. O princípio de equidade parte do pressuposto de respeitar às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos afetam consideravelmente a saúde (Ministério da Saúde, 2017).

Quando se fala em equidade, uma das principais referências é Whitehead (1992), que traz ao termo equidade uma percepção moral e ética, acreditando que fatores socioeconômicos e ambientais são determinantes na existência de tanta desigualdade em saúde. Essa concepção parte da ideia de que grupos de pessoas menos favorecidas têm menores chances de sobrevivência e de que há consideráveis diferenças nas experiências de adoecimento entre os indivíduos. Desta forma, considera que a inequidade se relaciona a uma diferença desnecessária, sendo evitável e injusta, à proporção que existem diferenças no perfil de saúde de nações distintas e até mesmo entre grupos de uma mesma nação.

De acordo com Mario (2013a), torna-se complicado trazer a igualdade enquanto princípio de política pública, visto que acredita não haver a possibilidade de tratar a todos igualmente, sendo melhor pensar em equidade de acesso. Na qual se espera uma política justa, em que todos tenham acesso ao tratamento específico para o seu caso, no tempo e no modo que for necessário, e não apenas esperar que todo doente seja tratado de forma igual.

Os autores Granja et al. (2010) trazem opiniões de trabalhadores, usuários e gestores sobre os conceitos de equidade em saúde. Que por meio das pesquisas e

⁴ Dados foram extraídos do site oficial do Ministério da Saúde – <http://portalms.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/politicas-de-equidade-em-saude>.

respostas dos entrevistados foram possíveis identificar diferentes visões sobre equidade, as quais foram divididas nas seguintes categorias: tratar todos igualmente; e tratar os desiguais de forma desigual priorizando os mais necessitados, essa última se subdividindo em: olhar clínico e olhar epidemiológico-social.

Para a categoria dos que acreditavam que equidade era tratar todos igualmente, a equidade foi definida como paridade e igualdade: atender os pacientes de maneira igualitária, sem diferença de sexo, raça, religião, situação social, nível socioeconômico, nível de instrução, cor, credo, preferência política, enfim, sem qualquer tipo de distinção.

De acordo com a subcategoria olhar clínico, a equidade é tratar desigualmente os desiguais, visto que cada um tem uma necessidade diferente, proporcionando um atendimento diferenciado conforme a gravidade clínica e dando prioridade para quem mais precisa de atendimento no momento. Já na subcategoria olhar epidemiológico-social, a equidade também é tratar os desiguais de maneira diferente, observando a característica socioeconômica de cada indivíduo e percebendo que alguns grupos populacionais precisam mais do poder público do que outros.

Vieira-da-Silva e Filho (2009) afirmam que uma explicação constantemente encontrada na literatura está na distinção entre equidade horizontal, que se caracteriza pelo tratamento igual de iguais; e equidade vertical, que corresponde ao tratamento desigual de desiguais. Essa diferença entre os dois conceitos, vem da valiosa contribuição aristotélica, que considera equidade como equivalente à justiça sempre relacionada a determinado critério de igualdade. Assim, para os autores, a equidade vem tornando-se princípio essencial, em que se confere se a contribuição para o financiamento dos serviços mantém relação justa com a capacidade de pagamento do usuário.

Duas principais acepções foram identificadas no tema equidade, uma mais ampla e equivalente aos conceitos de justiça e igualdade; a outra, mais específica e relacionada à capacidade de julgamento e tratamento diferenciado conforme a singularidade de cada situação. A equidade se ampara em outros conceitos ou valores, como a universalidade do conhecimento ou da lei, a integralidade de ofertas possíveis e guarda uma relação com a diretriz “de cada qual, segundo sua

capacidade; a cada qual, segundo suas necessidades”. Essa expressão, popularizada por Karl Marx, traz uma associação ao termo comunismo, entretanto é vista como impossível de se aplicar, basicamente por causa das experiências comunistas fracassadas que já existiram. A prática da equidade significaria manter um elevado grau de democracia, de distribuição e descentralização de poder, além de conceder muita autonomia aos agentes sociais que realizam os julgamentos e designam os tratamentos, sendo que não poderiam operar sem tratar cada caso na sua singularidade. (CAMPOS, 2006).

Com o objetivo de analisar opiniões sobre o que seria um sistema de saúde baseado no princípio da equidade, Fortes (2010) entrevistou membros da Sociedade Brasileira de Bioética. Eis que foram identificadas cinco ideias centrais nas respostas: (1) Tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades (no sentido de ver que as pessoas são diferentes e atendê-las de acordo com sua necessidade); (2) Equidade e desigualdades compensadas (favorável a priorização de recursos voltada às pessoas mais desafortunadas ou mais vulneráveis); (3) Equidade e maximização dos benefícios (dar um maior bem-estar para o maior número possível de pessoas, minimizar a dor, priorizar direitos que atinjam a maioria da população); (4) Equidade e mérito social (traz a relação entre equidade e merecimento, entendendo que bens e direitos deveriam ser distribuídos segundo o mérito social da pessoa, avaliado no interesse da coletividade); e (5) Equidade e Direitos (aliam a discussão sobre a equidade à linguagem dos direitos, trazendo a questão de igualdade e respeito aos direitos das pessoas).

Duarte (2000) acredita que um sistema de saúde com equidade possa se dar de diversas formas. Para ela, a formulação de um sistema de saúde equânime pode se diferenciar muito, de acordo com a definição escolhida para o termo. Afirma que, o nível de equidade de um sistema de saúde é determinado por vários fatores, se destacando a forma de distribuição de recursos financeiros. Define ainda como essencial analisar a proximidade ou distância entre a letra da lei e as verdadeiras condições de saúde da população, sendo fundamental saber até que ponto a legislação e as normas estabelecidas propiciam melhorias nas condições de saúde.

Conforme Lopes e Matta (2014), o princípio da equidade surge no ambiente das diferenças. Suas reflexões levam a identificar a pluralidade da condição humana, com suas múltiplas necessidades, e a atentar para as iniquidades das

condições sociais, planejando políticas e ações com objetivo de reduzir as desigualdades. O conceito de equidade torna mais complexa a ideia de igualdade, tornando-se essencial o comprometimento com o preceito de atender a cada um de acordo com a sua necessidade. Segundo esses autores, para pensar e agir buscando-se equidade é necessário o envolvimento dos mais variados sujeitos e grupos sociais na formulação, implantação e avaliação das políticas e ações em saúde, para que se torne possível refletir sobre as necessidades e o respeito aos distintos valores presentes no dia a dia e nas diversas esferas da vida pública de um indivíduo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para Gerhardt e Silveira (2009), a metodologia tem interesse na validade do caminho escolhido para se atingir o objetivo da pesquisa, não devendo ser confundida com o conteúdo (teoria) e nem com os procedimentos (métodos e técnicas). Assim, quanto à sua natureza, esta pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa aplicada, visando fornecer conhecimentos para aplicação prática, direcionados à resolução de problemas específicos, por meio de verdades e interesses locais.

Quanto à forma de abordagem do problema de pesquisa, pode-se dizer que é qualitativa, na qual busca-se identificar a questão de justiça contígua a assistência à saúde prestada aos servidores do município de Novo Hamburgo. Conforme Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim pelo aprofundamento em compreender um grupo social, uma organização, entre outros. Prodanov e Freitas (2009) afirmam que neste tipo de abordagem “o ambiente natural é fonte direta para coleta de dados, interpretação de fenômenos e atribuição de significados”.

Segundo Prodanov e Freitas (2009), “a investigação científica depende de um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos para que seus objetivos sejam atingidos”. Neste sentido, quanto aos seus objetivos, esta pesquisa foi identificada como exploratória e descritiva. De acordo com Gil (2009), pesquisas exploratórias são aquelas em que o pesquisador busca somente uma visão do problema exposto, para depois realizar pesquisas mais aperfeiçoadas e criar hipóteses que sejam úteis em outros trabalhos. Apesar de não se encontrar bibliografia publicada a respeito de justiça adjacente a coparticipação, buscou-se proporcionar uma familiaridade com o tema, através do levantamento de aspectos importantes de justiça e equidade relacionadas à saúde.

Prodanov e Freitas (2009) afirmam que as pesquisas descritivas são, juntamente com as pesquisas exploratórias, aquelas que normalmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, demonstrando que este tipo de pesquisa exige técnicas padronizadas de coleta de dados. Sendo que na pesquisa descritiva o pesquisador registra e descreve os fatos observados sem interferir neles, apresentando as características de determinada população ou

fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Na presente pesquisa, a coleta de dados deu-se por meio da análise documental de dados lançados nos sistemas de informação do Instituto, com o intuito de estabelecer a natureza das relações de justiça e saúde, procurando-se classificar e interpretar os fatos ocorridos nos últimos anos.

No que se refere aos procedimentos técnicos, realizou-se a pesquisa documental. Conforme Gil (2008), a pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, sendo ambas diferenciadas pela natureza das fontes, enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza as contribuições de diversos autores sobre determinado assunto. A pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reformulados conforme as metas da pesquisa, quais sejam os documentos de primeira mão, que não receberam tratamento analítico, como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. Ou ainda os documentos de segunda mão, que em certa oportunidade já foram analisados, como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc.

A pesquisa documental foi realizada por meio dos dados fornecidos pelo IPASEM-NH. Foram levantados alguns estudos documentais por meio dos registros realizados pelo Instituto, principalmente a partir de 2013, inclusive buscou-se identificar o funcionamento do Instituto desde sua instituição em 1992, por meio de informações na legislação e site da autarquia. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa documental tem sido utilizada a fim de descrever ou comparar fatos sociais, definindo suas características ou tendências, estes levantamentos se dão por meio de arquivos públicos ou privados; dados de registro (um fato, em cumprimento a normas legais e administrativas); ou dados de recenseamento: demográficos, educacionais, de criminalidade, eleitorais, de alistamento, de saúde, de atividades industriais, de contribuições e benefícios, de registro de veículos.

Para que se analisasse a concepção de justiça e equidade adjacentes a assistência à saúde e coparticipação do IPASEM-NH, relacionaram-se dados que pudessem demonstrar a quantidade de servidores, o quanto o Instituto gasta com cada faixa e qual a contrapartida recebida de coparticipação pela utilização dos serviços médicos, além de verificar de que forma são realizadas as contribuições tanto por parte do município, quanto dos servidores. Apesar dos números

demonstrados, não se buscou fazer uma análise financeira, apenas demonstrar o critério social existente na determinação de cada faixa percentual.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 A Autarquia- Histórico e legislação

O Instituto de Previdência e Assistência à Saúde dos servidores de Novo Hamburgo (IPASEM-NH) é uma autarquia municipal criada pela Lei 154 de dezembro de 1992, a qual dispõe sobre o sistema de seguridade social dos servidores do município. Conforme Art. 1º da referida lei, o IPASEM-NH é um órgão pertencente a administração indireta do Município, possuindo personalidade jurídica de natureza autárquica, dotado de autonomia administrativa, patrimonial e financeira, vinculado à Secretaria Municipal de Administração, com sede e foro na cidade de Novo Hamburgo.

A autarquia foi criada com o objetivo de prestar serviços de Previdência Social e Assistência Médica aos servidores públicos municipais de Novo Hamburgo, no RS, e seus dependentes. Em janeiro de 1993, o Instituto recebeu as primeiras contribuições. Na época não havia distinção entre as contribuições de assistência e previdência, porém já se fazia a separação na proporção de dois por um, sendo dois para a previdência e um para a assistência, com o intuito de constituir um fundo previdenciário.

Devido à grande demanda que o Instituto recebeu ao longo dos anos e a consequente necessidade em ampliar os serviços oferecidos aos segurados, em 20 de maio de 1994, o Instituto passou a contar com sede própria, em uso até os dias de hoje. Em março de 2001, os procedimentos ambulatoriais de rotina passaram a ser fornecidos na sede do Instituto. Atualmente, 11.264 segurados contam com o apoio e os serviços prestados pelo IPASEM-NH, conforme segue na Tabela 02:

Tabela 02: Quantitativo de Segurados

Situação (vínculo com o IPASEM-NH)	Número de segurados
Ativos	3.401
Aposentados	1.792
Pensionistas	236
Dependentes	5835
TOTAL	11.264

Fonte: elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

Inicialmente o IPASEM-NH não contava com quadro próprio de servidores, possuindo apenas contratados, cargos em comissão, estagiários ou servidores cedidos. O primeiro concurso para provimento de cargos para quadro do próprio Instituto ocorreu apenas em 2011. De acordo com o Art. 104 da Lei 154/1992, a admissão de pessoal no Instituto será mediante concurso público ou contratação por tempo determinado, nos termos da legislação vigente, exceto para os cargos e funções de confiança, declarados em lei de livre nomeação e exoneração.

Basicamente, o Instituto é administrado pelos seguintes órgãos: Conselho Deliberativo; Diretoria Executiva; Conselho Fiscal; Comitê de Investimentos; e Comitê de Fiscalização da Assistência Médica. Sendo o Conselho Deliberativo o órgão de deliberação máxima do Instituto, tendo poderes para a formulação de suas políticas e diretrizes, fixação de prioridades e elaboração de âmbito de atuação da entidade, sendo detentor de mandato legal para decidir sobre todas as matérias relativas aos objetivos e fins do Instituto, inclusive para tomar resoluções que forem julgadas convenientes a defesa de seus interesses e de seu desenvolvimento, em conformidade com a lei.

De acordo com Art. 19 da lei 154/1992, todos os Servidores Públicos Municipais detentores de cargo efetivo, ativos e inativos, e respectivos pensionistas, dos Poderes Executivo e Legislativo, fundações e autarquias municipais, são considerados segurados obrigatórios do Instituto, que atualmente tem como beneficiários os servidores públicos de Novo Hamburgo, pertencentes a COMUSA, a Câmara de Vereadores, a Prefeitura, e servidores do próprio quadro do IPASEM-NH, além de aposentados e pensionistas.

4.2 Da Assistência à Saúde

A Lei 154/1992, em seu Art. 74, apresenta de que forma serão prestados os serviços de saúde aos servidores do município e seus dependentes, informando que a assistência básica à saúde consiste na cobertura de despesas decorrentes de atendimentos médico-hospitalares e odontológicos, e compreende a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica e farmacêutica aos segurados do Instituto, seus dependentes e beneficiários, na forma que vier a ser estabelecida em Regulamento, guardada proporção aos recursos do Fundo de Assistência à

Saúde e condicionadas às disponibilidades de recursos técnicos próprios e/ou de terceiros.

Ainda, visando a preservação dos objetivos do sistema, o Regulamento do Plano de Assistência à Saúde prevê que deverão nele constar, explicitamente, os limites e as exclusões de coberturas. O Regulamento de Assistência à Saúde atualmente em vigência é dado pela Resolução nº 05, de 13 de abril de 2012.

O Art. 77 determina que “O Instituto prestará assistência à saúde, preferencialmente através de convênios com entidades públicas ou privadas, de âmbito municipal, estadual ou federal”. Contando, nos dias de hoje, com uma rede credenciada bem variada de prestadores de servidores, além de convênio com a Unimed, uma das mais conhecidas redes privadas prestadoras de serviços de saúde. O Instituto também presta assistência funeral aos familiares por ocasião de falecimento de segurado titular da Assistência à Saúde.

Conforme Art. 5º da Resolução nº 05/2012, integram a Assistência Médica do IPASEM-NH as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁵ e suas normas, incluindo os atos diagnósticos e terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos pertinentes. E conforme Art. 80 da referida lei de criação do Instituto (nº 154/1992), a Assistência Médica conta com os seguintes segmentos assistenciais:

- I - Atendimentos em consultório, compreendendo as consultas médicas e os procedimentos em consultório;
- II - Serviços complementares, que incluem todos os procedimentos com finalidade diagnóstica ou terapêutica, executados por profissionais ou entidades credenciados, tanto em consultório, como em ambulatório ou em regime de internação hospitalar;
- III - Tratamento ambulatorial, representado por todo procedimento clínico ou cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, realizado em entidade hospitalar credenciada e quando executado sem o regime de internação hospitalar;
- IV - Tratamento hospitalar, incluindo todo procedimento, clínico ou cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, procedido sob o regime de internação hospitalar;
- e
- V - Atendimento de pronto socorro, entendidos como sendo os casos clínicos cirúrgicos ou traumatológicos agudos.

⁵ Criado em 1951, o Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica, atuando na defesa da saúde da população e nos interesses da classe médica. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20671&Itemid=23.

Além dos serviços médicos, o Instituto ainda oferece Assistência Odontológica, que consiste nos atos e procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, necessários ao diagnóstico e/ou tratamento e destinados à manutenção da saúde bucal e à preservação dos elementos dentários, oferecendo serviços de diagnóstico, prevenção, dentística, periodontia, endodontia, exodontia e urgências. A Assistência Farmacêutica também é prevista no rol de serviços, porém as despesas com medicamentos terão cobertura quando utilizados durante tratamento hospitalar ou ambulatorial, nas urgências a nível de Pronto Socorro, despeitadas as limitações específicas estabelecidas no Regulamento.

Os serviços urgência e emergência prestados pelo IPASEM-NH não dependem do cumprimento de carência para início da cobertura aos beneficiários detentores de cargo e efetivo e seus dependentes, conforme dispõe o Art. 76 da Lei Municipal nº 154/1992. No entanto, segundo a Resolução nº 05, de 13 de abril de 2012, em seu Art. 63, diz que: "O segurado empossado e seus beneficiários cumprirão carência de 10 (dez) meses para atendimento eletivo junto à rede credenciada".

As receitas da assistência à saúde são originadas, principalmente, da contribuição mensal dos segurados ativos, inativos e pensionistas, a qual é descontada compulsoriamente da sua remuneração mensal, denominada Contribuição de Assistência e a contribuição e o repasse mensal do Município, suas autarquias e fundações, com a denominação de Quota de Assistência. E ainda pela coparticipação paga pelos usuários dos serviços de saúde. Os recursos referentes a Assistência à Saúde irão para o Fundo de Assistência à Saúde, o qual deverá ser submetido a avaliação atuarial anual.

Ainda na Lei de constituição do Instituto, nº 154/1992, no Art. 111, temos a definição dos percentuais estabelecidos para que ocorram as prestações assistenciais. A Contribuição de Assistência dos segurados obrigatórios e beneficiários para o Instituto corresponderá aos valores mensais obtidos dos percentuais incidentes sobre o Salário-de-Contribuição definido, descontados compulsoriamente em folha de pagamento ou retidos no pagamento do respectivo benefício .

A Contribuição de Assistência paga pelos segurados corresponde ao percentual de 5,50%, sendo 4,90% destinados à constituição e manutenção do

Fundo de Assistência à Saúde e 0,60% ao suporte das despesas de administração. Nos anos de 2013 a 2017, a receita de contribuição dos servidores ativos, inativos e patronal ocorreu como demonstrado na Tabela 03 abaixo:

Tabela 03: Receita de contribuição assistência

Receita	Contribuição Total	
2013	R\$	18.373.880,20
2014	R\$	22.625.062,98
2015	R\$	21.223.714,85
2016	R\$	26.024.774,26
2017	R\$	26.777.248,64

Fonte: elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

A Quota de Assistência (ou patronal) devida pelo Município, suas autarquias e fundações ao Instituto, corresponderá aos valores mensais obtidos dos mesmos percentuais de 5,50% incidentes sobre o Salário-de-Contribuição dos segurados obrigatórios e beneficiários, mantendo idêntica divisão de destinação (4,90% para o Fundo de Assistência e 0,60% para as despesas de administração). A Tabela 04 abaixo demonstra os valores mensais da Quota de Assistência sobre a folha de pagamento de dezembro de 2017:

Tabela 04: Quota de Assistência (patronal)

Total folha (R\$)	Percentual sobre a folha (R\$)	Percentual
23.786.543,85	1.165.540,65	4,90%
	142.719,26	0,60%
Total	1.308.259,91	5,50%

Fonte: elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

Como informa a Lei nº 154/1992, os percentuais de Contribuição de Assistência são iguais, sendo assim, tanto a patronal quanto o que é pago pelos servidores terão os mesmos resultados, com uma totalidade de R\$ 1.308.259,91 sobre o total da folha.

O percentual de 5,50% pago pelo servidor sobre sua folha de pagamento não sofre alteração pela inclusão de dependentes; o percentual não aumenta independentemente do número de dependentes do servidor. Logo, quem não tem e quem tem dependentes, pagará o mesmo percentual incidente sobre o salário. Exceto para filhos solteiros maiores de 18 anos e menores de 21 anos (que a

inclusão, será feita mediante contribuição de 1% do salário bruto do servidor titular) e filhos solteiros maiores de 21 anos e menores de 24 anos (no qual a inclusão será realizada mediante contribuição de 2% do salário bruto do servidor titular), ambos descontados em folha. Nos últimos cinco anos, 6.203 servidores contribuíram para a assistência, sendo que deste total, 5.871 efetivamente utilizaram os serviços médicos oferecidos.

Já existe um novo projeto sendo discutido pelo Instituto que altera os percentuais de contribuição para a assistência, os quais teriam quatro percentuais distintos variáveis conforme a idade de cada contribuinte: (a) tendo o segurado idade inferior a 35 (trinta e cinco) anos, 5,50% (cinco inteiros e cinquenta centésimos por cento), sendo 4,90% (quatro inteiros e noventa centésimos por cento) destinados à constituição e manutenção do Fundo de Assistência à Saúde e 0,60% (sessenta centésimos por cento) ao suporte das despesas de administração; (b) tendo o segurado idade igual ou superior a 35 (trinta e cinco) anos e inferior a 45 (quarenta e cinco) anos, 6,50% (seis inteiros e cinquenta centésimos por cento), sendo 5,85 (cinco inteiros e oitenta e cinco centésimos por cento) destinados à constituição e manutenção do Fundo de Assistência à Saúde e 0,65% (sessenta e cinco centésimos por cento) ao suporte das despesas de administração; (c) tendo o segurado idade igual ou superior a 45 (quarenta e cinco) anos e inferior a 55 (cinquenta e cinco) anos, 7,50% (sete inteiros e cinquenta centésimos por cento), sendo 6,75% (seis inteiros e setenta e cinco centésimos por cento) destinados à constituição e manutenção do Fundo de Assistência à Saúde e 0,75% (setenta e cinco centésimos por cento) ao suporte das despesas de administração; (d) tendo o segurado idade igual ou superior a 55 (cinquenta e cinco) anos, 10% (dez por cento), sendo 9% (nove por cento) destinados à constituição e manutenção do Fundo de Assistência à Saúde e 1% (um por cento) ao suporte das despesas de administração. Conforme demonstrado na Tabela 05 abaixo:

Tabela 05: Faixas de assistência da nova proposta

Idade	Percentual de contribuição	Fundo de assistência	Despesas
<35	5,50%	4,90%	0,60%
>=35 e <45	6,50%	5,85%	0,65%
>=45 e <55	7,50%	6,75%	0,75%
>=55	10%	9%	1%

Fonte: elaborada pela autora- conforme projeto idealizado pelo IPASEM-NH

A Tabela 06 demonstra como seriam os percentuais de contribuição de assistência, caso se utilizasse o critério idade na definição desses percentuais. Indicando ainda, quanto desses percentuais seriam destinados para o fundo de assistência e para o suporte das despesas de administração.

Tabela 06: Valores de Contribuição sobre a folha conforme nova proposta de idade

Idade (anos)	Valor Folha (R\$)	Percentual	Assistência sobre a folha (R\$)
<35	R\$ 3.060.113,43	5,50%	R\$ 168.306,24
>=35 e <45	R\$ 4.161.005,09	6,50%	R\$ 270.465,33
>=45 e <55	R\$ 8.030.402,13	7,50%	R\$ 602.280,16
>=55	R\$ 8.535.023,20	10%	R\$ 853.502,32
TOTAL	R\$ 23.786.543,85	-	R\$ 1.894.554,05

Fonte: elaborada pela autora- conforme projeto idealizado pelo IPASEM-NH

A análise da Tabela 06 refere-se aos dados da folha de dezembro de 2017, de acordo com as modificações propostas no projeto de Lei e os novos percentuais. A contribuição dos servidores passará de R\$ 1.308.259,91 (Tabela 04) para R\$ 1.894.554,05 (Tabela 06). O referido percentual incide sobre a folha de pagamento dos segurados do IPASEM-NH e representaria um aumento de arrecadação no valor de R\$586.294,14.

A vinculação ao plano de assistência à saúde do Instituto é facultativa, podendo o servidor optar, se irá aderir ou não. Conforme cadastro de servidores do IPASEM-NH em 2019, dos mais de 5 mil servidores vinculados ao Instituto, apenas 162 optaram por não contribuir para a assistência, e conseqüentemente não usufruir do sistema de saúde, ou seja, dos beneficiários possíveis, menos de 3% escolhe não contribuir para a assistência, cujo percentual é de 5,5% incidente na respectiva remuneração do servidor.

4.3 Da Coparticipação

A coparticipação está instituída no Art. 75 da Lei nº 154/1992 e consiste na responsabilidade do usuário em arcar com parte da despesa assistencial, sendo cobrada somente com o efetivo uso. A coparticipação financeira dos usuários será cobrada mediante desconto em folha de pagamento, de percentual calculado sobre o custo dos serviços utilizados, não devendo ser pago nenhum valor aos próprios prestadores de serviços. O Instituto paga aos prestadores de serviços e desconta

dos servidores os respectivos valores, calculando somente o percentual de coparticipação.

Os percentuais de coparticipação variam de acordo com a faixa salarial de cada servidor, podendo ser de 5%, 10%, 15% ou 20% sobre o valor do serviço utilizado. Possuindo ainda um percentual de limite para desconto em folha, não podendo ultrapassar 5% para quem recebe até R\$1.576,75 e não superior a 10% para os que recebem a partir de R\$1.576,76. Conforme Resolução nº 12, de 29 de junho de 2018, demonstrado na Tabela 07 abaixo:

Tabela 07: Percentuais de Coparticipação Segurados

Índice de Coparticipação	Faixa Inicial	Faixa Final	Percentual de Desconto
5%	R\$ 0,00	R\$ 1.576,75	5%
5%	R\$ 1.576,76	R\$ 2.628,07	10%
10%	R\$ 2.628,08	R\$ 4.205,02	10%
15%	R\$ 4.205,03	R\$ 6.307,60	10%
20%	R\$ 6.307,61	-	10%

Fonte: site do IPASEM-NH, <http://www.ipasemnh.com.br/copar.php>

A base de cálculo da coparticipação para fins de enquadramento do percentual de coparticipação é calculada somente sobre o vencimento básico do cargo, acrescido das vantagens funcionais de caráter permanente (padrão e classe), logo não se computam as vantagens que possam ser temporárias, como funções gratificadas, funções de confiança, verbas indenizatórias, férias, 13º salário, hora extra, entre outros. De acordo com Art. 60 da Resolução nº 05, de 13 de abril de 2012, a coparticipação financeira dos usuários no custeio das despesas do Sistema de Assistência à Saúde do Instituto, deverá obedecer ao estabelecido pela legislação municipal e atualizada mediante resolução de acordo com o reajuste salarial dos servidores.

Alguns serviços oferecidos na sede do IPASEM-NH são isentos de coparticipação. São eles: consultas em clínica geral, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, nutrição, além de serviços de ambulatório, clínica de fisioterapia e quiropraxia. O Instituto ainda possui alguns exames diagnósticos considerados de alta complexidade, no qual o segurado arca com um percentual de 50% sobre o valor do procedimento. Estes exames são elencados no anexo I da Resolução nº 05, que regulamenta a Assistência: ressonância magnética, tomografia

computadorizada, cintilografia, polissonografia, ecografia de risco fetal, além de tratamentos de RPG e hidroterapia. Nestes casos, todos os segurados pagam o mesmo valor de coparticipação, independente da faixa salarial, não se utiliza o critério da renda.

Tem funcionamento na sede do Instituto, o Centro de Qualidade de Vida (CQV), responsável por atender aos segurados na prevenção e garantia de mais qualidade de vida. Mensalmente, cerca de mil e trezentas pessoas são atendidas no CQV. Alguns projetos multidisciplinares são desenvolvidos com o apoio de psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, como os grupos: Cuidando da Dor; De bem com o peso; Apoio para Pacientes Oncológicos; Prevenção à Recaída; Apoio ao Luto; Terapêutico de Adolescentes; Planejamento familiar; e Preparação para aposentadoria. Além desses programas, anualmente, durante os meses de outubro, novembro e dezembro, o IPASEM-NH desenvolve a Campanha Outubro Rosa e Novembro Azul, na qual homens a partir dos 40 anos e mulheres a partir dos 30 anos, não pagam coparticipação nos exames preventivos do câncer (como consultas com ginecologista e urologista, exames de pré-câncer, mamografia, ecografia mamária, ecografia de próstata, entre outros).

Os serviços utilizados por meio da Unimed Vale dos Sinos (Unimed VS) dentro das cidades de Novo Hamburgo, São Leopoldo, Campo Bom, Portão, Estância Velha, Dois Irmãos, Ivoti, Lindolfo Collor, Presidente Lucena, Morro Reuter e Santa Maria do Herval, terão incidência dos percentuais normais de acordo com a faixa salarial de cada servidor. Há a possibilidade de atendimento em outras cidades, porém estes serão caracterizados como Unimed intercâmbio, no qual o segurado arcará com 40% do valor pago pelo procedimento.

Os referidos serviços caracterizados como Unimed intercâmbio tem um custo maior para o Instituto também, por isto, cobra-se um percentual mais elevado do servidor que opta em realizar o atendimento fora das cidades do rol da Unimed VS. Somente não será cobrada esse percentual diferenciado, de 40% pelos serviços utilizados via intercâmbio, quando o beneficiário comprovar a urgência ou emergência do atendimento, que o impossibilitou de utilizar o atendimento dentro da rede credenciada do Vale dos Sinos, ou caso, o serviço ao qual o usuário necessite, não seja disponibilizado em nenhum outro local dentro do VS.

Tabela 08: Valores pagos e recebidos de coparticipação

Ano	Percentual	Valor Pago pelo IPASEM-NH	Valor de Coparticipação Segurados	Percentual de Cobertura
2013	5	R\$ 5.215.297,79	R\$ 553.679,15	89%
2013	10	R\$ 4.055.813,73	R\$ 573.603,15	86%
2013	15	R\$ 3.478.380,49	R\$ 655.335,84	81%
2013	20	R\$ 4.978.541,05	R\$ 1.145.674,55	77%
Total	-	R\$ 17.728.033,06	R\$ 2.928.292,69	-
2014	5	R\$ 5.623.725,82	R\$ 644.714,75	89%
2014	10	R\$ 4.674.545,08	R\$ 682.979,43	85%
2014	15	R\$ 3.117.006,65	R\$ 623.116,46	80%
2014	20	R\$ 3.656.099,52	R\$ 855.243,47	77%
Total	-	R\$ 17.071.377,07	R\$ 2.806.054,11	-
2015	5	R\$ 6.081.174,01	R\$ 697.333,62	89%
2015	10	R\$ 5.037.843,63	R\$ 732.931,88	85%
2015	15	R\$ 3.601.410,52	R\$ 711.676,31	80%
2015	20	R\$ 4.474.710,20	R\$ 1.072.714,28	76%
Total	-	R\$ 19.195.138,36	R\$ 3.214.656,09	-
2016	5	R\$ 7.822.425,85	R\$ 843.427,55	89%
2016	10	R\$ 5.531.268,61	R\$ 852.269,71	85%
2016	15	R\$ 4.241.420,86	R\$ 839.853,72	80%
2016	20	R\$ 3.948.102,02	R\$ 921.329,49	77%
Total	-	R\$ 21.543.217,34	R\$ 3.456.880,47	-
2017	5	R\$ 7.953.970,32	R\$ 985.423,42	88%
2017	10	R\$ 7.200.951,18	R\$ 1.043.144,61	86%
2017	15	R\$ 4.663.713,30	R\$ 934.602,82	80%
2017	20	R\$ 5.912.104,63	R\$ 1.423.225,89	76%
Total	-	R\$ 25.730.739,43	R\$ 4.386.396,74	-
2018	5	R\$ 8.528.160,68	R\$ 1.109.107,31	87%
2018	10	R\$ 6.892.936,59	R\$ 1.178.762,69	83%
2018	15	R\$ 6.400.023,88	R\$ 1.254.626,30	80%
2018	20	R\$ 7.325.723,11	R\$ 1.818.420,28	75%
Total	-	R\$ 29.146.844,26	R\$ 5.360.916,58	-
T. Geral		R\$ 130.415.349,52	R\$ 22.153.196,68	-

Fonte: elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

A Tabela 08 apresenta quanto o Instituto paga pelos serviços de saúde e qual o valor de retorno (coparticipação) que é pago pelo servidor, ou seja, o IPASEM-NH paga um valor estabelecido previamente ao credenciado pela prestação do serviço, em contrapartida o servidor paga um percentual sobre este serviço. De acordo com a análise dos dados da tabela, é possível identificar que o percentual de cobertura é sempre maior nas faixas que pagam menos. A menor faixa, que é a de 5%, na

média dos gastos acaba possuindo uma cobertura real de 87% a 89%, no período de 2013 a 2018, sendo essa a faixa com maior percentual de cobertura.

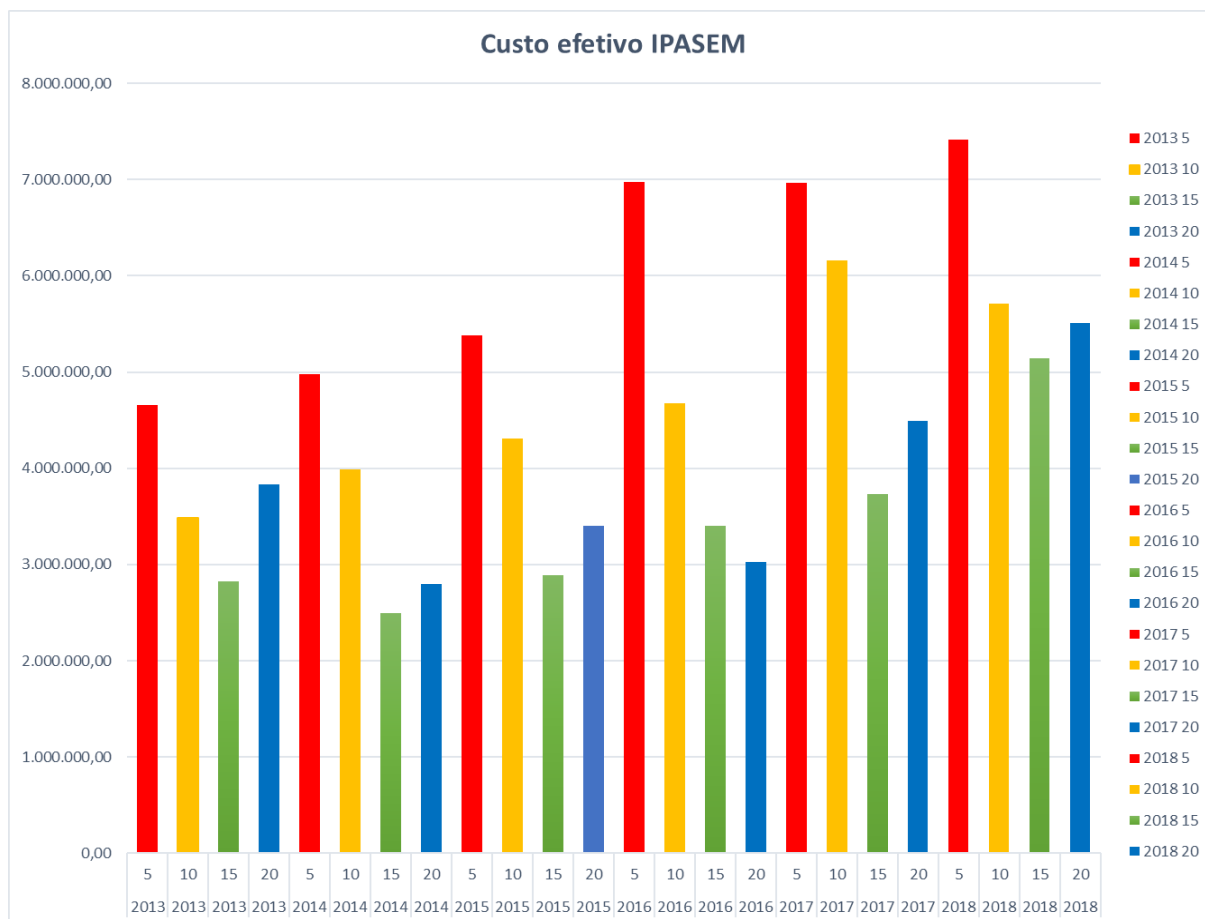


Gráfico 01: Custo efetivo IPASEM-NH

Fonte: Elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

O Gráfico 01 compara o custo efetivo do IPASEM-NH em cada faixa de coparticipação. Os dados referem-se somente a coparticipação, não sendo contabilizados o retorno que se têm com as contribuições de Assistência. De acordo com o gráfico 01, percebe-se que o Instituto tem um custo efetivo maior (valor pago pelo Instituto – valor de coparticipação do segurado) com quem paga o percentual menor, ou seja, os 5%. Em todos os anos observa-se que o Instituto teve um custo maior com aqueles que menos contribuem. Com exceção do ano de 2013, segue-se o maior custo com a faixa que paga percentual de 10%. Observa-se ainda que, normalmente a faixa que gera menor custo, é a que arca com percentual de 15%, com exceção do ano de 2015.

Tabela 09: Média de custo por família (grupo de matrícula)

Ano	Percentual	Custo efetivo IPASEM-NH	Qtde Servidores	Média de custo
2013	5	R\$ 4.661.618,64	1646	R\$ 2.832,09
2013	10	R\$ 3.482.210,58	1424	R\$ 2.445,37
2013	15	R\$ 2.823.044,65	1164	R\$ 2.425,30
2013	20	R\$ 3.832.866,50	1177	R\$ 3.256,47
Total		R\$ 14.799.740,37	5411	R\$ 2.735,12
2014	5	R\$ 4.979.011,07	1825	R\$ 2.728,23
2014	10	R\$ 3.991.565,65	1553	R\$ 2.570,23
2014	15	R\$ 2.493.890,19	1150	R\$ 2.168,60
2014	20	R\$ 2.800.856,05	1152	R\$ 2.431,30
Total		R\$ 14.265.322,96	5680	R\$ 2.511,50
2015	5	R\$ 5.383.840,39	1891	R\$ 2.847,09
2015	10	R\$ 4.304.911,75	1664	R\$ 2.587,09
2015	15	R\$ 2.889.734,21	1249	R\$ 2.313,64
2015	20	R\$ 3.401.995,92	1238	R\$ 2.747,98
Total		R\$ 15.980.482,27	6042	R\$ 2.644,90
2016	5	R\$ 6.978.998,30	2080	R\$ 3.355,29
2016	10	R\$ 4.678.998,90	1599	R\$ 2.926,20
2016	15	R\$ 3.401.567,14	1164	R\$ 2.922,31
2016	20	R\$ 3.026.772,53	1045	R\$ 2.896,43
Total		R\$ 18.086.336,87	5888	R\$ 3.071,73
2017	5	R\$ 6.968.546,90	2401	R\$ 2.902,35
2017	10	R\$ 6.157.806,57	1622	R\$ 3.796,43
2017	15	R\$ 3.729.110,48	1319	R\$ 2.827,23
2017	20	R\$ 4.488.878,74	1265	R\$ 3.548,52
Total		R\$ 21.344.342,69	6607	R\$ 3.230,56
2018	5	R\$ 7.419.053,37	1729	R\$ 4.290,95
2018	10	R\$ 5.714.173,90	1391	R\$ 4.107,96
2018	15	R\$ 5.145.397,58	1140	R\$ 4.513,51
2018	20	R\$ 5.507.302,83	1257	R\$ 4.381,31
Total		R\$ 23.785.927,68	5517	R\$ 4.311,39

Fonte: elaborada pela autora, conforme banco de dados do Instituto

A Tabela 09 contempla a média de custo baseada no número de famílias em cada faixa (não se observando o número de pessoas dentro de cada família). Os servidores e seus dependentes são identificados por matrícula, sendo o titular “x”-0, e os dependentes em sequência, “x”-1, “x”-2, e assim sucessivamente. Então, foi contabilizado para cálculo apenas a matrícula, não se considerando o número de dependentes em cada uma delas. Porém, existe maior número de beneficiários na faixa de 5%, e quando se divide o custo efetivo do IPASEM-NH em cada uma das

faixas pelo número de famílias nas respectivas faixas, não se encontra um padrão na média de custo por ano, ocorrendo muitas variações em cada faixa.

4.4 Análise dos Resultados da Pesquisa- Relacionados aos conceitos de equidade e justiça

O próprio IPASEM-NH se define como sendo um “plano” de assistência à saúde solidário, em que há uma responsabilidade recíproca ou um interesse comum, no qual um depende do outro. O seu próprio sistema de custeio de saúde é diferente da maioria dos demais planos assistenciais, pois se tem uma contribuição atrelada a remuneração dos servidores, independentemente do tamanho do grupo familiar de cada um.

Conforme o próprio Art. 102, da sua lei de instituição nº 154/1992, o Instituto não poderá prestar a seus próprios servidores nenhum benefício ou serviço que não proporcione, em iguais condições, aos demais segurados, vedado também o estabelecimento de qualquer preferência em favor daqueles frente a estes. O que vai ao encontro do que alguns autores acreditam ser equidade em saúde, pois os diferentes grupos de pessoas terão os mesmos direitos e acesso a todos os serviços médicos fornecidos, necessários ao seu tratamento.

Ao se determinar um percentual da folha de pagamento dos segurados para estabelecer o custeio da assistência à saúde, este tem de ser suficiente para manter o equilíbrio do sistema, porém voltado a capacidade contributiva do servidor. A coparticipação (fator moderador) instituída no Art. 75 da Lei nº 154/1992 consiste na responsabilidade do usuário em arcar com parte da despesa assistencial. Assim, a despesa do sistema reduz e, por consequência, diminui o compromisso mensal relativo à contribuição, visto que é cobrada somente com o efetivo uso. Também é um excelente instrumento para coibir o mau uso do sistema de assistência à saúde, à medida que o usuário assume diretamente parte da despesa gerada pelos serviços utilizados.

No critério de coparticipação, quando se refere ao valor pago pelo segurado, percebe-se claramente a questão de plano solidário, baseada na premissa de quem ganha mais, pagará mais pelos mesmos serviços. Todo o planejamento do IPASEM-NH está desenvolvido em torno da justiça social, pois os valores pagos pelos

servidores baseiam-se na renda recebida pelo servidor, permitindo assim que todos tenham acesso aos mesmos serviços médicos, desde o servidor que possui um cargo de diretor a um cargo de serviços gerais. Atendendo a alguns dos princípios básicos da assistência à saúde que é a equidade e universalidade.

Vários dos autores citados descrevem as desigualdades em saúde geradas por fatores socioeconômicos como principais fatores que dificultam a existência de justiça e equidade na assistência à saúde. O IPASEM-NH adota um sistema de assistência que visa justamente diminuir as desigualdades no acesso à saúde, visto que permite a todos os usuários usufruírem dos mesmos serviços, por meio de pagamento de percentuais de acordo com o salário de cada servidor, considerando a capacidade contributiva de cada um.

O Instituto tem um caráter solidário na forma de cobrança dos serviços prestados, pois quem tem uma remuneração maior, acaba custeando maior parcela dos benefícios assistenciais. Ocorre ainda, que o IPASEM-NH não cobra assistência pela inclusão de dependente, e conforme dados estatísticos realizados em 2010 e disponíveis no site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), famílias que possuem uma renda per capita com até um salário mínimo, contam com uma taxa de fecundidade muito maior do que as famílias que possuem rendimentos superiores a dois salários mínimos. Logo, existe outro critério de justiça implícito na forma de cobrança do número de dependentes de cada servidor, pois mesmo o segurado tendo maior número de dependentes incluídos, não pagará um valor adicional pela inclusão deles. Sendo assim, quem tem um, dois, três ou mais dependentes, pagará 5,5% de assistência sobre a remuneração, igualmente aos que não têm nenhum dependente cadastrado.

A CF/88, prevê no texto do Art. 145, §1º, o Princípio da Capacidade Contributiva, assim discorrendo: Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultando à administração tributária, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte. Apesar da assistência à saúde e a coparticipação não serem tributos, mas sim benefícios, o princípio da capacidade contributiva aplica-se a forma de contribuição praticada pelo

Instituto, visto que as formas de cobrança e percentuais estabelecidos levam em consideração a renda do servidor.

Assim vários mecanismos utilizados no plano de assistência relacionam-se ao conceito da existência de justiça em saúde. Primeiramente, pode-se destacar o percentual de 5,5%, que é o valor pago pelo contribuinte para se ter acesso aos serviços de saúde, este valor incide sobre a remuneração de cada servidor. Associando-se esse critério ao princípio da capacidade contributiva de cada um.

Outro mecanismo adotado, que também auxilia na efetivação da justiça social na assistência à saúde, é a não cobrança pela inclusão de dependentes no plano. Desta forma, mesmo que o servidor tenha um maior número de dependentes, não terá um custo maior para mantê-los como usuários do sistema de saúde.

Pode-se destacar ainda, a forma como se dá a incidência de coparticipação, que é cobrada somente pelo efetivo uso dos serviços, ocorrendo a variação dos seus percentuais conforme a faixa salarial de cada beneficiário. Além disso, o desconto mensal de coparticipação não pode ultrapassar de 10% do salário de coparticipação (vencimento básico do cargo, mais as vantagens permanentes). Dando-se assim tratamento desigual para quem recebe remuneração diferente, para que este disponha dos mesmos serviços, trazendo à tona o princípio de equidade.

Buscando-se manter o acesso à seguridade social, é importante destacar também, que diferentemente dos planos oferecidos por empresas aos seus funcionários, o IPASEM mantém a assistência aos servidores inativos, ou seja, quem encontra-se na qualidade de aposentado ou pensionista continua vinculado à assistência à saúde. Essa é a fase que, normalmente, os beneficiários utilizam ainda mais os serviços de saúde, pois com o avanço da idade, os problemas de saúde se agravam e tornam-se mais recorrentes. Logo, esse mecanismo mantém a equidade do sistema, permitindo que mesmo na inatividade, essas pessoas possam continuar beneficiando-se dos serviços do Instituto. Evitando-se que estas voltem a depender unicamente do SUS, ou tenham que pagar por um plano particular, que é cada vez mais caro, à medida que a pessoa envelhece ou tem alguma doença preexistente.

Pode-se dizer que os mecanismos elaborados e utilizados pela assistência à saúde ajudam a diminuir as desigualdades existentes e trazem a essência de equidade e justiça, dando uma condição diferenciada para quem mais necessita, permitindo que todos usufruam e tenham acesso aos mesmos serviços.

5 CONCLUSÃO

Buscou-se, neste trabalho, averiguar componentes do plano de assistência do município de Novo Hamburgo, que fossem capazes de revelar as concepções de justiça implícitas no fornecimento de assistência à saúde. A análise da assistência à saúde e respectiva coparticipação concentrou-se muito em verificar o desenho e o modo como se aplicam os princípios existentes na formulação de toda a política de implementação do plano.

Procurou-se ainda apontar, como fundamental para a saúde, a relação de equidade nos serviços assistenciais prestados. Mario (2013b) afirma que a saúde é uma questão de justiça, sendo concomitantemente, produtora e produto de desigualdades sociais. Por isto, a importância do Instituto se equivar no conceito de solidariedade na constituição de todo o seu sistema de saúde.

De acordo com Ribeiro (2015), a relação entre equidade e igualdade se dá em termos de meios e fins. Sendo a igualdade o que se pretende alcançar com a justiça definindo quais são os pertencidos e o que igualar para propósitos de justiça, e a equidade o que se relaciona às estratégias de pesquisa ou às políticas públicas que visam a superar as desigualdades. Para ele, a equidade introduz a diferença em questões de justiça, na medida em que, significa tratar os iguais de forma igual e os desiguais de forma diferente, realizando-se uma “justa distribuição desigual”.

Quanto à justiça subjacente a assistência à saúde do IPASEM-NH, verifica-se a importância que o Instituto demonstra em relação à justiça social. Em vários critérios estabelecidos pelo plano, é possível identificar a busca em manter a justiça na oferta dos serviços de saúde disponibilizados, seja por meio da contribuição patronal, realizada pelo poder público municipal, ou pela incidência da cobrança de assistência e coparticipação, que levam em consideração a remuneração do servidor, ou ainda por não ter cobrança adicional pelo número de dependentes incluídos na assistência.

Além dos servidores arcarem com apenas o percentual de coparticipação sobre os serviços utilizados, ainda há o limitador de desconto em folha, que não é superior a 10%, mesmo para aqueles que se encontram na faixa mais alta de coparticipação. Logo, se um servidor recebe um salário de R\$2.000,00 e tem uma despesa de saúde no valor de R\$1.000,00, o seu desconto mensal será de, no

máximo, R\$200,00, não sendo acrescido de juros em função do tempo que levará para quitação do débito. Assim, o servidor não perde a capacidade de honrar com seus compromissos, pois não terá que arcar com o pagamento do serviço médico no ato da realização.

Infelizmente, o SUS ainda é um sistema muito deficitário, o que faz com que tenha que se investir em saúde privada. Porém, muitos não tem condições necessárias para arcar com essas despesas. Nesse sentido, é de extrema importância que o município atue objetivando melhores condições de saúde para seus servidores e dependentes, valorizando a saúde de todos, independente de quanto cada um irá contribuir.

Supondo, o caso de um servidor que receba um salário mínimo de R\$998,00⁶, e possua mais quatro dependentes cadastrados (esposa e filhos), totalizando cinco beneficiários de assistência à saúde. O servidor contribuirá com a cota única, referente a 5,5% da remuneração, no valor de R\$54,89, para que todos da sua família tenham acesso a saúde. Claro que, é um benefício no qual o servidor terá que arcar com certo percentual para poder usufruir, mas que compensa dado aos serviços disponibilizados. Fica mais clara a questão de justiça social e equidade, quando se compara a um servidor que receba uma remuneração maior, que seja R\$5.000 mensais, por exemplo, e este não tenha nenhum dependente, ele pagará os mesmos 5,5%, ou seja, R\$275,00 para que somente ele tenha acesso aos serviços. Mesmo que se utilize desses critérios, conforme a capacidade contributiva de cada servidor, o Instituto tem grande percentual de adesão a assistência. Assim, infere-se que, a maioria dos servidores valorizam e tem boa aceitação no formato em que está estruturada a assistência à saúde.

Conforme o novo projeto de lei e as possíveis alterações nas alíquotas da assistência à saúde, acredita-se que será reduzido o critério de justiça até então aplicado pelo Instituto. Já que a contribuição passaria a ocorrer de acordo com as faixas de idade de cada servidor e não mais de acordo com suas respectivas remunerações. Dessa forma, estaria diminuindo o princípio da capacidade contributiva que é tão importante na caracterização de justiça e equidade. Para um plano que tem como princípio a solidariedade, ou seja, os que ganham mais acabam

⁶ Salário mínimo vigente em 2019, conforme estabelecido no decreto do Poder Executivo Federal-DECRETO Nº 9.661, DE 1º DE JANEIRO DE 2019.

financiando a maior parte dos custos, estaria prejudicada a concepção inicial de justiça verificada desde a instituição do IPASEM-NH. Se assemelhando desta forma, muito mais a um plano privado e não a uma garantia de saúde por parte do Estado.

A coparticipação visa adequar a arrecadação dos valores conforme a capacidade contributiva de cada servidor. A tabela de incidência de coparticipação é escalonar com valores base que determinam as contribuições de acordo com a remuneração de cada contribuinte, sendo concebida de forma a “tributar” quem tem maior salário. Mesmo assim, todos os segurados têm acesso aos mesmos serviços, o plano de assistência dá direito a usufruir de todos os serviços, não modificando o acesso segundo o valor mensal que se contribui. Diferentemente do que ocorre em outros planos particulares, os quais, normalmente, tem maior custo de acordo com a idade do beneficiário ou tipo de plano contratado (ambulatorial, hospitalar, etc).

Para Mario (2013b), um sistema de saúde justo deveria ser idealizado com base nos serviços de prevenção em saúde, de diagnósticos e tratamentos voltados para o perfil das epidemias mais recorrentes da população. Com base nesse critério preventivo, o IPASEM-NH atua criando projetos e campanhas de prevenção, o que contribui para a ampliação de justiça em saúde.

O SUS deveria ser universal e atender a todos, porém está muito longe disso. Fazem-se necessário, assim, que sejam criadas alternativas que contribuam para a manutenção da saúde das pessoas. Dessa forma, se dá a existência do Instituto, visando oferecer uma assistência à saúde de qualidade aos seus servidores e dependentes. A equidade caracteriza-se por tratar a todos igualmente ou a cada um, conforme sua necessidade. Pode-se considerar que o IPASEM-NH tenta valer-se desse princípio, já que todos os servidores têm acesso a todos os serviços de acordo com as suas necessidades.

A concepção de justiça deve ser priorizada e valorizada, dado as desigualdades existentes. Enquanto existirem tantas desigualdades, é importante que existam benefícios que objetivem reduzir essas disparidades, principalmente em um quesito tão essencial como a saúde. No próprio quadro de servidores do município existem servidores que recebem apenas um salário mínimo, porém, dado a forma como é fundamentada a assistência, faz com que este servidor tenha acesso a serviços de qualidade, iguais aos que recebem maior remuneração.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos; BORDIN, Ronaldo. **O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.

ALVES, T.N.P. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

Agência Nacional de Saúde- ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 18/03/2019.

BERRIDGE, Virginia; MARANHÃO, Eduardo S. Ponce (Trad.). **A História na Saúde Pública: quem dela necessita?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, nov. 1986, Ottawa. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 27/03/2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 06/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 3; 2005, **Trabalhar, sim! Adoecer, não!** Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e emprego, Ministério da Previdência Social. Texto de apoio. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em: 18/03/2019.

BRYCH, Fabio. **O ideal de Justiça em Aristóteles**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, IX, n. 36, janeiro 2007. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1613. Acesso em 05/04/2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS**. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.23-33, 2006.

COPARTICIPAÇÃO. Dicionário online de Português- Dicio. 17 mar. 2019. Disponível em <https://www.dicio.com.br/> Acesso em 17/03/2019.

DANIELS, Norman. **Porque a justiça é importante para a nossa saúde**. Revista Ideias, IFCH – UNICAMP, vol.01, n. 02, Campinas - SP, 2011.

DEUTSCH, M. **Equidade, Igualdade e Necessidade: O que determina qual valor será usado como base da justiça distributiva?**. Journal of Social Issues 31 (3): 137 – 149, 1975.

DOMINGOS, Terezinha de Oliveira. **A Teoria da Justiça**. Revista da Faculdade de Direito v. 4. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. **Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?**. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, n.2, pp.443-463.

ELIAS, P.E. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 3, p. 41-6, 2004.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros**. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(1): 47-50.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANJA G.F., ZOBOLI E.L.C.P., FORTES P.A.C., FRACOLLI L.A. **Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada nos dados**. Rev Baiana Saúde Pública. 2010 jan/mar; 34(1): 72-86.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Censo demográfico. 2010.

LECHOPIER N. **Quatro tensões na saúde pública**. Estudos Avançados 29 (83), 2015; p. 209-231.

LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; MATTA, Gustavo Corrêa. **SUS, gestão participativa e equidade**. In: GUIZARDI, Francini Lube. Políticas de participação e saúde. Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014.

LUZ, Madel T. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACEDO, R. D. et al. **O SUS – sistema único de saúde, como “welfare state” brasileiro: da crítica ao estatus de modelo para o mundo.** Revista do Curso de Direito Brazcubas V2 N1. São Paulo, 2018.

MARIO, Camila Gonçalves de. **Saúde e Justiça Social: uma análise do SUS a partir das teorias da justiça.** UNESP- São Paulo, 2013a.

_____. **Saúde como questão de Justiça.** UNICAMP- São Paulo, 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>. Acesso em: 02/04/2019.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e a Questão Social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 2a ed, São Paulo: Cortez, 2003.

NOVO HAMBURGO, Lei Municipal 154 de dezembro de 1992. Dispõe sobre o sistema de seguridade social dos servidores do município.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional. Acesso em 04/01/2018.

PAIM, Jairnilson S.; ALVES FILHO, Naomar de A. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 – 316, agosto. 1998.

PAOLIELLO, Patrícia Brandão. **O princípio da capacidade contributiva.** Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 8, n. 66, 1 jun. 2003. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/4138>>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde.** Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. (2008). **Crenças em saúde para o controle da hipertensão.** Ciência & Saúde Coletiva, 13 (sup 2), 2257-2267.

PORTO, Silvia Marta. **Justiça social, equidade e necessidade em saúde.** In: PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. Economia da saúde: conceitos e distribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. p. 123-140.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Metodologia do Trabalho Científico– Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** Novo Hamburgo, RS: Universidade Feevale, 2009.

Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – **CONSU N° 08 de 03 de novembro de 1998.** Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma=t=raw&id=MzA3>. Acesso em: 18/03/2019.

RIBEIRO, Carlos Dimas. **Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos**. Saúde soc. São Paulo. 2015, vol.24, n.4, p.1109-1118.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

SANTOS, D. F. C. dos. **Previdência Social no Brasil: 1923-2009: Uma Visão Econômica**. São Paulo: ed. AGE, 2009.

SILVA, Rejane Rodrigues da; TAGLIAPIETRA, O. M. **A Saúde do Trabalhador em sua Aplicação aos Servidores Públicos do Estado do Paraná**. In: Blênio César Severo, Peixe et al. (Org.). *Formulação e Gestão de Políticas Públicas no Paraná: Reflexões, Experiências e Contribuições*. 1ed.Cascavel: EDUNIOESTE, 2010, v. II, p. 625-641.

SOUZA, M. L. de; FERREIRA, Luiz A. P.; REZENDE, Vanessa M.; BRANCO, Marisa L. **A saúde e a inclusão social nas fronteiras**. Florianópolis: Edit. Boiteux, 2008.

STACCIARINI, Samantha. **Teoria da justiça em Aristóteles**. Revista Eletrônica Direito e Política, Itajaí, v.2, n.1, 1º quadrimestre de 2007. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791.

VIANA A.L.D.; FAUSTO M.C.R.; LIMA L.D. **Política de saúde e equidade**. São Paulo Perspect 2003; 17:58-68.

VIEIRA-DA-SILVA L.M., FILHO N.A. **Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. Cad Saúde Pública. 2009;25 (Supl. 2): 217-26.

XAVIER, M. P.; ARAÚJO, J. S. **O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança**. Saúde em Foco, v. 1, n. 1, p. 137-149, jan./jul., 2014.

WHITEHEAD, M. **Os conceitos e princípios de equidade e saúde**. International Journal of Health Services, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.